

Ankieta do badania spirometrycznego (wypełnia pacjent)

Data : 2014 r. Godzina (hh:mm) :	Miejsce badania:
Wiek [lata].....Wzrost [cm] Płeć: K [....] M [....]	Tel. Kontaktowy:

Czy miał/a Pan/i kiedykolwiek wykonywaną spirometrię?

Tak Nie

1) Informacje o miejscu zamieszkania:

- a) Miejscowość:....., Ulica:
- b) Okres zamieszkiwania we wskazanym miejscu:lat
- c) Przeważające położenie okien lokalu mieszkalnego w stosunku do ulicy:
 okna głównie od ulicy okna głównie od podwórka
- d) Kondygnacja, na której zamieszkuje badana osoba
- e) Szacunkowa odległość miejsca zamieszkania od najbliższej ruchliwej ulicy tometrów

2) Warunki mieszkaniowe

- a) Sposób ogrzewania budynku:

Miejska sieć ciepłownicza	<input type="checkbox"/>	Piec gazowy	<input type="checkbox"/>	Piec/kocioł węglowy	<input type="checkbox"/>
Piec na drewno/kominek	<input type="checkbox"/>	Kocioł olejowy	<input type="checkbox"/>	Inny	<input type="checkbox"/>

- b) Czy używana jest kuchenka gazowa? Tak Nie
- c) Bliskość źródeł zanieczyszczeń powietrza (do 500 m od miejsca zamieszkania)

Elektrownia/ciepłownia	<input type="checkbox"/>	Zakład przemysłowy	<input type="checkbox"/>	Ruchliwa ulica	<input type="checkbox"/>
Spalanie w domowych piecach/kotłach	<input type="checkbox"/>	Kopalnia	<input type="checkbox"/>	Inne	<input type="checkbox"/>

3) Miejsce pracy:

Teren otwarty Pomieszczenie zamknięte

4) Warunki i charakter pracy/nauki

- a) Dzienny czas przebywania poza budynkami na terenach nasilonego ruchu drogowego
 Liczba godzin:
- b) narażenie na szkodliwe czynniki wziewne w miejscu pracy (poza zanieczyszczeniem powietrza)
 Tak Nie
- Wymień jakie?

5) Palenie tytoniu:lat,papierosów dziennie

6) Bierne palenie tytoniu: Praca Dom

7) Długotrwałe (powyżej 12 tygodni) występowanie objawów zaburzonego funkcjonowania układu oddechowego:

Duszność/zadyszka podczas pracy, chodzenia Kaszel suchy
 Kaszel z odkrztuszaniem płwociny Świszczący oddech

8) Rozpoznane choroby:

Astma Przewlekła Obturacyjna Choroba Płuc
 Przewlekłe zapalenie oskrzeli Częste infekcje układu oddechowego

9) Alergia:

Wziewna Pokarmowa Skórna

WYNIK BADANIA SPIROMETRYCZNEGO (wypełnia lekarz/pielęgniarka*)

Badanie wykonane poprawnie wg. ERS i ATS:

Tak Nie

	Wartość bezwzględna	Procent normy
FEV ₁	[dm ³ /s]	[%]
FVC	[dm ³ /s]	[%]
FET	[s]	

Płeć	K		M	
Wzrost [cm]	<input type="text"/>			
Wiek [lata]	<input type="text"/>			
Masa ciała [kg]	<input type="text"/>			

*prosimy o dołączenie wyniku/wydruku badania spirometrycznego